

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Дипломная работа студента**

**очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051581  
Польшиковой Нины Вячеславны**

Научный руководитель  
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент  
Старшая медицинская сестра,  
хирургическое отделение №1  
ОГБУЗ «Белгородский онкологический  
диспансер»  
Заздравных Е.Н

**БЕЛГОРОД 2019**

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .....	6
1.1 Этиология и патогенез онкологических заболеваний.....	6
1.2 Клиническая картина рака кожи, груди и легких	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
1.3 Особенности ухода и диетологические принципы в работе медицинской сестры с онкологическими больными	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ (НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»)	200
2.1 Организация деятельности ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в лечении онкологических больных .....	200
2.2 Работа медицинской сестры хирургического отделения.....	255
2.3 Исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе за онкологическими больными .....	322
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	49
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	511

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В настоящее время является актуальной проблема онкологических заболеваний. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в последнее время приобретает характер мировой эпидемии.

В последние десятилетия отмечается чёткая тенденция к увеличению онкологической заболеваемости. Это происходит из-за неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды и деятельности человека, а также «накопления» в популяции людей пожилого возраста, лиц с ослабленным иммунитетом. У лиц активного, молодого возраста злокачественные опухоли различных локализаций также не редкость. Смертность от онкологических заболеваний находится на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний и составляет 20% от общего уровня смертности. Пятилетняя выживаемость после установления диагноза злокачественных опухолей в среднем составляет примерно 40%.

По данным ОГКУЗ «Медицинский информационный аналитический центр» Белгородской области за 2017 год число злокачественных заболеваний с диагнозом, впервые установленным в жизни, увеличилось на 5,8% (388 случаев) и составило 7059 случаев (2016г – 6671) и показатель заболеваемости составил 454,6 на 100000 населения (2016 – 430,3), по Российской Федерации – 408,6. Увеличение числа злокачественных новообразований отмечалось при следующих локализациях: полость рта – на 43,3%, щитовидная железа – на 31,2%, поджелудочная железа – на 20,4%, прямая кишка – на 15,6%, ободочная кишка – на 14,7%, тело матки – на 8,6%, желудок – на 5,2%. Выше среднего по области этот показатель в Яковлевском, Белгородском, Красногвардейском, Красненском, Волоконовском районах. Пятилетняя выживаемость увеличилась на 0,6% и составила 50,9% (2016г – 50,6%). Одногодичная летальность осталась на уровне 2016 года и составила 20,0% от числа больных с впервые установленным диагнозом.

Онкология (греч. oncos - опухоль и logos - слово, наука) является наукой, изучающей этиопатогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику опухолей. Эта наука имеет свою историю. Опухолевые заболевания известны с давних времен. Еще изучая древние рукописи, исследователи обнаруживали описания различных новообразований и методов их лечения.

Возможность более глубокого изучения опухолевых явлений появилась благодаря изобретению микроскопа. Также большой вклад в развитие знаний в области онкологии был сделан, благодаря экспериментам с животными. Родоначальник экспериментальной онкологии - ветеринарный врач М.А. Новинский, которые проводил опыты с собаками. В дальнейшем трансплантацией опухолей занимались многие российские и зарубежные исследователи. При этом удалось получить важные знания, касающиеся автономности, морфологических особенностей опухолей. В настоящее время в истории онкологии накоплено много событий, всецело отдающих себя решению злободневных онкологических проблем.

Современная медицина достигла больших успехов в диагностике рака. Основное условие эффективного лечения любой болезни - ранняя диагностика. Это особенно важно для онкологии, так как излечение злокачественных опухолей в поздних стадиях - редкие исключения. Злокачественные опухоли - проблема высокой социальной значимости, так как эта патология чревата утратой трудоспособности и высокой инвалидизацией. Предотвращение роста злокачественных новообразований заключается в комплексе мер по их профилактике и раннему выявлению.

**Объект исследования:** онкологические заболевания.

**Предмет исследования:** сестринский уход за пациентами при онкологических заболеваниях.

**Цель исследования** – провести анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при онкологических заболеваниях.

**Задачи работы:**

1. Рассмотреть этиологию и патогенез онкологических заболеваний.

2. Исследовать клиническую картину рака кожи, груди и легких.
3. Выявить особенности ухода и деонтологические принципы в работе медицинской сестры с онкологическими больными

**Методы исследования:** анализ литературы по проблеме исследования, системный анализ; изучение медицинской документации, наблюдение, анкетирование, математическая обработка данных.

**Теоретической, методологической и информационной базой** для написания данной работы послужила специальная литература по исследуемой проблеме отечественных и зарубежных авторов в области медицины, среди которых можно выделить следующих: Вельшер Л.З., Давыдов М.И., Заридзе Д.Г., Петерсон С.Б., Ганцев Ш.Х. и др.

**Структуру дипломной работы** определило ее содержание, включающее введение, две главы, заключение, список использованных источников и литературы, приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## 1.1 Этиология и патогенез онкологических заболеваний

Учение об истинных опухолях занимает значительное место среди проблем познания патологических процессов и уже давно выделяется в специальную дисциплину – онкологию (греч. *Oncos* - опухоль, *logos* - наука) [7].

Опухоль (новообразование, неоплазма, бластома) - патологическое образование, самостоятельно развивающееся в органах и тканях, отличающееся автономным ростом, полиморфизмом и атипией клеток. Характерной для опухоли чертой является обособленное развитие и рост внутри тканей организма.

Существуют два основных отличия опухоли от других клеточных структур организма: автономный рост, полиморфизм и атипия клеток.

Приобретая опухолевые свойства в связи с теми или иными причинами, клетки превращают полученные изменения в свои внутренние свойства, которые затем передаются следующему прямому потомству клеток. Такое явление получило название «опухолевая трансформация». Клетки, подвергнувшиеся опухолевой трансформации, начинают расти и делиться без остановки даже после устранения фактора, инициировавшего процесс. При этом рост опухолевых клеток не подлежит воздействию каких-либо регуляторных механизмов (нервная и эндокринная регуляция, иммунная система и др.), т.е. не контролируется организмом. Опухоль, появившись, растёт как бы сама по себе, используя лишь питательные вещества и энергетические ресурсы организма. Указанные особенности опухолей называют автоматией, а их рост характеризуют как автономный.

Подвергнувшиеся опухолевой трансформации клетки начинают размножаться быстрее клеток ткани, из которой они произошли, что и определяет более быстрый рост опухоли. Быстрота пролиферации может быть различной. При этом в разной степени происходит нарушение дифференцировки клеток, что ведёт к их атипии - морфологическому отличию от клеток ткани, из которой развилась опухоль, и полиморфизму - возможному нахождению в структуре опухоли разнородных по морфологическим признакам клеток. Степень нарушения дифференцировки и, соответственно, выраженность атипии могут быть разными. При сохранении достаточно высокой дифференцировки структура и функция опухолевых клеток близки к нормальным. При этом опухоль обычно растёт медленно. Низкодифференцированные и вообще недифференцированные (невозможно определить ткань - источник опухолевого роста) опухоли состоят из неспециализированных клеток, их отличает быстрый, агрессивный рост.

Можно выделить пять основных теорий их происхождения.

Основные теории происхождения опухолей (*Теория раздражения Р. Вирхова*).

Более 100 лет назад было выявлено, что злокачественные опухоли чаще возникают в тех частях органов, где ткани в большей степени подлежат травматизации (область кардии, выходной отдел желудка, прямая кишка, шейка матки). Это позволило Р. Вирхову сформулировать теорию, согласно которой постоянная (или частая) травматизация тканей ускоряет процессы деления клеток, что на определённом этапе может трансформироваться в опухолевый рост.

*Теория зародышевых зачатков Д. Конгейма*

По теории Д. Конгейма на ранних стадиях развития зародыша в различных участках может возникнуть больше клеток, чем нужно для постройки соответствующей части тела. Некоторые клетки, оставшиеся невостребованными, могут образовывать дремлющие зачатки, обладающие в потенциале высокой энергией роста, свойственной всем эмбриональным

тканям. Эти зачатки находятся в латентном состоянии, но под влиянием определённых факторов могут расти, приобретая опухолевые свойства. В настоящее время указанный механизм развития справедлив для узкой категории новообразований, получивших название «дисэмбриональные» опухоли.

Вирусная теория возникновения опухолей была разработана Л.А. Зильбером. Вирус, внедряясь в клетку, действует на генном уровне, нарушая процессы регуляции деления клеток. Влияние вируса усиливается различными физическими и химическими факторами. В настоящее время чётко доказана роль вирусов (онковирусов) в развитии определённых опухолей.

#### *Иммунологическая теория*

Самая молодая теория возникновения опухолей. Согласно этой теории, в организме постоянно происходят различные мутации, в том числе и опухолевая трансформация клеток. Но иммунная система быстро идентифицирует «неправильные» клетки и уничтожает их. Нарушение в иммунной системе приводит к тому, что одна из трансформированных клеток не уничтожается и является причиной развития новообразования.

Ни одна из представленных теорий не отражает единую схему онкогенеза. Описанные в них механизмы имеют значение на определённом этапе возникновения опухоли, а их значимость при каждом виде новообразования может варьировать в весьма значительных пределах.

#### Современная полиэтиологическая теория происхождения опухолей

В соответствии с современными взглядами при развитии разных видов новообразований выделяют следующие причины опухолевой трансформации клеток:

- Механические факторы: частая, повторная травматизация тканей с последующей регенерацией.
- Химические канцерогены: местное и общее воздействие химических веществ (например, рак мошонки у трубочистов при воздействии сажи, плоскоклеточный рак лёгкого при табакокурении - воздействие



полициклических ароматических углеводородов, мезотелиома плевры при работе с асбестом и др.).

- Физические канцерогены: УФО (особенно для рака кожи), ионизирующее облучение (опухоли костей, щитовидной железы, лейкозы).

- Онкогенные вирусы: вирус Эпштейна-Барр (роль в развитии лимфомы Беркитта), вирус Т-клеточного лейкоза (роль в генезе одноимённого заболевания).

Клиника и диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований различна, что связано с их влиянием на окружающие органы и ткани, да и организм больного в целом. Злокачественные опухоли отличаются от доброкачественных не только по названиям. Именно деление опухолей на зло- и доброкачественные определяет прогноз и тактику лечения заболевания. Основные принципиальные различия доброкачественных и злокачественных опухолей представлены в таблице 1.

Таблица 1 [2]

Различия доброкачественных и злокачественных опухолей

Доброкачественные опухоли	Злокачественные опухоли
Клетки повторяют клетки ткани, из которой развилась опухоль	Атипия и полиформизм клеток
Рост экспансивный	Рост инфильтрирующий
Не дают метастазов	Склонны к метастазированию
Практически не дают рецидивов	Склонны к рецидивированию
Не оказывают влияния на общее состояние (за исключением редких форм)	Вызывают интоксикацию, кахексию

При диагностике злокачественных новообразований во всех сомнительных случаях принято выставлять более грозный диагноз и предпринимать более радикальные способы лечения. Такой подход получил название гипердиагностики. Так, например, если при обследовании выявлен большой язвенный дефект в слизистой оболочке желудка и применение всех доступных методов исследования не позволяет ответить на вопрос, хроническая

ли это язва или язвенная форма рака, считают, что у пациента рак, и лечат его как онкологического больного. Принцип гипердиагностики, безусловно, нужно применять в разумных пределах. Но если существует вероятность ошибки, всегда правильнее думать о более злокачественной опухоли, большей стадии заболевания и на основании этого использовать более радикальные средства лечения, чем просмотреть рак или назначить неадекватное лечение, в результате чего процесс будет прогрессировать и неминуемо приведёт к летальному исходу.

## **1.2 Клиническая картина рака кожи, груди и легких**

### **Рак молочной железы**

Клиническая картина рака молочной железы разнообразна и зависит от многих факторов — стадии заболевания, типа роста опухоли, локализации её в молочной железе, наличия регионарных и отдалённых метастазов.

Узловая форма характеризуется наличием плотной бугристой опухоли, обычно безболезненной, с неровной поверхностью и нечёткими контурами. Морщинистость кожи над опухолью может появляться уже на ранних стадиях рака. Этот симптом указывает, что опухоль растёт наиболее интенсивно по направлению к коже. По мере увеличения размера опухоли происходит стяжение кожи — симптом «умбиликации» [1].

Симптом лимонной корки — признак распространения опухолевого процесса в глубоких кожных лимфатических щелях, при этом появляется отёк кожи молочной железы. Неподвижность молочной железы по отношению к большой грудной мышце указывает на прорастание в неё опухоли.

Диффузные формы рака молочной железы встречаются сравнительно редко (2-4% всех больных раком молочной железы) и подразделяются на отёчно-инфильтративную, панцирную и инфламаторную (мастито- и рожеподобную).

1. Отёчно-инфильтративная форма рака чаще развивается у молодых женщин в период беременности и лактации. Течение острое. Боль чаще отсутствует. Характерен отёк ткани молочной железы и кожи в результате распространения раковых клеток по внутрикожным лимфатическим сосудам и внутридольковым лимфатическим щелям. В регионарных лимфатических узлах рано появляются метастазы.

2. Панцирный рак: плотная инфильтрация распространяется на железистую ткань, кожу и подкожную жировую клетчатку железы. Молочная железа уменьшена в размерах, ограниченно подвижна, кожа над ней уплотнена, поверхность неровная, напоминающая панцирь.

3. Маститоподобный рак встречается у молодых женщин — беременных и кормящих. Заболевание проявляется подъёмом температуры тела, увеличением молочной железы, отёком, гиперемией кожи. Болезнь быстро прогрессирует. Рано появляются метастазы.

4. Рожеподобный (эризипелоидный) рак протекает с уплотнением молочной железы, её инфильтрацией, гиперемией кожи в виде пятна с неровными, языкообразными краями, местным повышением температуры. Опухолевый узел не выявляется при пальпации. Раковые клетки распространяются преимущественно по внутрикожным лимфатическим сосудам (раковый лимфангиит).

Рак соска молочной железы (рак Педжета) — поверхностный рак соска и ареолы молочной железы, проявляющийся гиперкератозом вследствие интрадермального роста опухоли, а также мокнутием и экземоподобными изменениями кожи с участками изъязвления. Рак Педжета составляет 3-5% заболеваний раком молочной железы. Опухоль развивается из эпителия млечных протоков, по которым и распространяется в сторону соска, поражая его кожу и ареолу. В дальнейшем в процесс инфильтрации вовлекаются глубоко расположенные млечные протоки молочной железы, в ней появляется раковый узел [14].

Женщины, которые живут половой жизнью, болеют реже, чем девственницы или женщины, не имеющие регулярных половых контактов. Это якобы подтверждается данными статистики: в странах с высокой рождаемостью (Япония, Узбекистан) заболеваемость раком молочной железы низка, а в Швейцарии и Англии, странах с низкой рождаемостью - заболеваемость высока. Однако в США, стране с высокой рождаемостью, заболеваемость раком молочной железы высока.

Итак, заболеваемость зависит от многих причин. Минимальным риск заболеть у женщин, родивших несколько детей до 25 лет. Аборты, которые грубо нарушают гормональный гомеостаз, резко повышают риск заболевания. Перспективной альтернативой абортам могут быть гормональные контрацептивы, но они требуют четкого лабораторного контроля.

Клиническая картина РМЖ зависит от формы заболевания. Есть три варианта рака молочной железы: узловая форма; диффузно-инфильтративная; болезнь Педжета.

Узловая форма выявляется у 90% больных раком молочной железы. Опухоль имеет смутные границы, плотную консистенцию, ограниченную подвижность тканей вокруг. Прорастая в смежную ткань, она деформирует контуры молочной железы, втягивает сосок и кожу (симптом «умбиликации»). Инфильтрируя кожу или блокируя лимфоотток, злокачественная опухоль будто проявляет макроструктуру кожи, углубляет волосяные мешочки, в результате чего кожа приобретает сходство с лимонной или апельсиновой кожурой. Регионарное распространение опухоли приводит к метастазированию в подмышечные лимфоузлы, которые прощупываются в виде плотных круглых узлов, подвижных или связанных между собой или с окружающей тканью.

При диффузно-инфильтративной форме рака груди нет узлов, то есть того, что мы традиционно называем опухолью. Ракова инфильтрация распространяется на большую часть, а иногда - на всю молочную железу. Железа становится плотной, отечной, болезненной. Не определяется ни черта опухоли - ни визуально, ни пальпаторно. Кожа гиперемирована, горячая. Как

правило, к злокачественной инфильтрации присоединяется воспалительный процесс. В подмышечной области прощупываются болезненные лимфоузлы.

Клиническая картина напоминает мастит, поэтому эта форма получила название маститообразная или рожистообразная. Во время диагностики этой формы рака молочной железы происходит больше всего ошибок. На доклиническом этапе ее считают маститом, больных направляют в отделение гнойно-септической хирургии, не распознав за маской мастита рак молочной железы, хирурги оперируют таких больных ургентно и, только сделав разрез, обнаруживают диагностическую и тактическую ошибку. В таком случае следует провести морфологическое или гистологическое исследование [1].

Клиническая классификация рака строится с учетом степени развития первичного очага, вовлечения в процесс регионарных лимфатических узлов и отдаленного метастазирования. В связи с этим в онкологии возникло деление на стадии, определение которых служит критерием как для показаний к выбору того или иного метода лечения, так и для оценки отдаленных результатов.

Проблема лечения рака молочной железы прошла долгий путь развития. Радикальная мастэктомия в сочетании с лучевым методом уже на протяжении длительного времени считается основным методом лечения операбельных форм рака. Конечно, комбинированный метод в отличие от чисто хирургического приносит больше стойких излечений, но вместе с тем он также не является идеальным, особенно для III стадии рака молочной железы.

Выбор операции при раке молочной железы зависит от степени процесса (боли), возраста пациентки, общего состояния здоровья и других факторов.

При модифицированной радикальной мастэктомии удаляют молочную железу (в т.ч. сосково-ареолярный комплекс) и подмышечные лимфатические узлы. Выживаемость после операции выше, чем после радикальной мастэктомии, во время которой удаляют большую и малую грудные мышцы. Собственно радикальную мастэктомию в настоящее время выполняют редко. Первичное облучение молочной железы. В настоящее время в европейских противораковых центрах продолжается изучение эффективности первичного

облучения молочной железы без оперативного вмешательства (не следует путать данный метод с послеоперационной адьювантной лучевой терапией). В Соединенных Штатах первичное облучение не относят к стандартным методам лечения, так как его эффективность не доказана (в отличие от эффективности оперативных вмешательств).

### **Рак кожи**

Рак кожи — заболевание, характерное преимущественно для пожилого возраста. Поражает примерно одинаковое количество людей обоих полов. По частоте поражения достигает максимума к 60-70 годам. У молодых рак кожи встречается значительно реже, чаще на фоне пигментной ксеродермы [4].

Это заболевание распространено во всех странах мира. Как правило, раком кожи поражается больше людей белой расы. Но и в этой группе процент поражения различен и зависит от профессии и географического расположения страны. Так, например, в Австралии, где кожный рак занимает 1-е место среди всех злокачественных опухолей, основная масса заболевших — это эмигранты или их прямые потомки. Коренное население Австралии болеет кожным раком относительно редко.

У подавляющего большинства белого населения Центральной Африки рак кожи развивается на незащищенных от солнца участках кожи (солнечная радиация).

Этиология рака кожи очень разнообразна. Как правило, только совокупность многих факторов может привести к развитию ракового процесса. Часто рак кожи возникает на фоне предраковых заболеваний. Известны случаи возникновения рака кожи в течение короткого периода на совершенно неизменной коже, в этих случаях возникающий рак бывает плоскоклеточным.

Этиологические факторы возникновения рака кожи условно объединены в 3 основные группы:

#### **I. Факторы внешней среды:**

1. Солнечная радиация в диапазоне 290-330 нм (ультрафиолетовое облучение).

2. Физическая травма (чаще хроническая).

3. Рентгеновские лучи.

4. Метеорологические факторы:

а) воздействие низкими температурами;

б) воздействие высокими температурами;

5. Воздействие химических веществ:

а) каменноугольной смолы, сажи;

б) воска;

в) минеральных масел;

г) мышьяковистых соединений и др.

II. Хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации:

1. Лепра.

2. Гуммозный сифилис.

3. Глубокие микозы.

4. Туберкулез кожи.

5. Красная волчанка.

6. Хроническая трофическая язва (может вызывать развитие рака кожи или способствовать его возникновению).

III. Патологические состояния конституционального или возрастного характера. Предраковые кератозы:

1. Старческий.

2. Мышьяковистый.

3. Болезнь Педжетта.

4. Пигментная ксеродерма.

Из злокачественных опухолей кожи чаще встречаются базальноклеточный, плоскоклеточный рак, меланобластома, гораздо реже — саркома.

### **Рак легких**

Рак легкого — наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль, она является наиболее распространенной причиной смерти от онкологической

патологии. Согласно данным международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется около миллиона новых случаев рака легких, а 60 % онкологических больных погибает именно от этого вида рака. В России ежегодно рак легкого диагностируют более чем у 63 тыс. пациентов. Мужчины болеют значительно чаще, чем женщины [9].

Различают центральный рак легкого, возникающий в крупных бронхах (главном, промежуточном, долевым, сегментарном и субсегментарном) и периферический, исходящий из эпителия более мелких бронхов или локализующийся в паренхиме легкого.

Первичный рак легкого может довольно долго протекать бессимптомно. Появление тех или иных четких жалоб в большинстве случаев связано с ростом опухоли и тем, что она сдавливает окружающие органы и ткани. Это обстоятельство очень важно для понимания необходимости ежегодного диспансерного обследования. К сожалению, в настоящее время доля выявления рака легкого при профилактических осмотрах крайне низка и составляет всего 16,8%.

При центральном раке легкого в самом начале развития опухоли в бронхе у 80–90% больных рефлексорно возникает сухой, временами надсадный кашель. Позднее, с нарастанием сужения просвета бронха, он сопровождается выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты.

Кровохарканье — достаточно поздний симптом, который наблюдается у половины больных. Проявляется он в виде прожилок алой крови в мокроте. Реже мокрота диффузно окрашена в розовый цвет. Иногда на поздних стадиях заболевания мокрота приобретает вид малинового желе.

Одышка, наблюдается у 30–40% больных. Ее выраженность зависит как от размера пораженного бронха при центральном раке, так и от размера периферической опухоли, то есть степени сдавления анатомических структур средостения, особенно крупных венозных стволов, бронхов и трахей.

Боли в грудной клетке бывают различной интенсивности и в большинстве случаев возникают на стороне поражения. Их появление может быть



обусловлено локализацией опухоли в плевральной зоне легкого, особенно при прорастании висцеральной плеврой и грудной стенки, а также наличием плеврального выпота или ателектазом, то есть спадением всего легкого или его части.

Плеврит. Явления сухого плеврита наблюдаются достаточно часто и являются еще одной причиной болей в грудной клетке. Они могут быть непостоянным, характерная особенность — усиление боли на вдохе. Шум трения плеврой прослушивается чаще в подмышечной области.

Рецидивирующие пневмонии — сдавление бронхов приводит к ухудшению вентиляции и кровотока, что создает благоприятные условия для роста и размножения бактерий. Это, в свою очередь, может приводить к появлению постоянно рецидивирующих пневмоний, характерные особенности которых — это относительная легкость течения, быстрое разрешение на фоне антибактериальной терапии и такое же быстрое повторное возникновение на фоне ее завершения [11].

Прогрессирование сужения бронха может привести к присоединению абсцесса или гангрены, которые развиваются либо в области распадающейся опухоли, либо (чаще) в районе вторичных воспалительных изменений.

Таким образом, при раке легкого первичные, или местные, симптомы связаны, в основном, с появлением в просвете бронха опухолевого узла (кашель, кровохарканье, одышка и боли в грудной клетке).

### **1.3 Особенности ухода и деонтологические принципы в работе медицинской сестры с онкологическими больными**

В наше время деонтологические проблемы в онкологии приобретают новые черты, связанные с успехами диагностики онкологических заболеваний и лечения этих больных. Появившиеся условия для выявления онкологических заболеваний в доклиническом периоде и возможность полного излечения их

выдвигают на повестку дня необходимость обсуждать проблемы психологии человека, не чувствующего себя больным, но вынужденного идти на лечение, сопряженное с целым рядом потерь. Самая большая трудность в этой проблеме - изучить психическое состояние чувствующего себя здоровым человека [8].

Проблему эту следует разделить на 3 раздела: психологию онкологического больного с запущенным заболеванием, психологию онкологического больного с клиническими проявлениями, психологию онкологического больного без клинических проявлений злокачественной опухоли. Для каждой из этих групп больных должны быть свои деонтологические подходы и меры психологического воздействия со стороны среднего медицинского персонала.

Особенностями психического состояния больных с клиническим проявлением опухолевого заболевания, подлежащих специальному лечению, как правило, на первых этапах ощущения нездоровья являются попытки самоанализа, объяснения признаков заболевания случайными причинами. Проявляющиеся мысли о возможном онкологическом заболевании он или отбрасывает, как неприемлемые для себя, или принимает их, уходит в себя, ожидая с тревогой дальнейшего развития событий.

После первого посещения в лечебное учреждение психологическая обстановка меняется. Состояние психики больного с этого периода во многом зависит от впечатления, которое произвело на него это посещение. Медицинская служба должна быть организована так, чтобы это впечатление больного было как можно более благоприятным, ибо от этого зависит его судьба.

Период пребывания больного в стационаре характерен многочисленными влияниями на психику больного со стороны окружающих пациентов, ожидающих лечения, проходящих и закончивших его. Обильный поток новой информации может быть благоприятным или неблагоприятным для больного. Задачей деонтологической работы с больными со стороны среднего медицинского персонала является создание максимально оптимистической

обстановки. Инициатива информации больного о лечебном учреждении, где он находится, об окружающих больных, о методах лечения и диагнозе должна находиться в руках медицинского персонала [16].

Обширное хирургическое вмешательство, лучевая, гормональная и химиотерапия, используемые в онкологической практике, приводят к возникновению серьёзных нарушений различных функций организма, снижающих трудоспособность и изменяющих социальный статус больных с раком лёгких.

Помощь онкологическому больному включает такие методы как, обезболивание (45% случаев); коррекцию психо-эмоционального состояния (24% случаев); детоксикацию (16% случаев); паллиативные оперативные вмешательства (трахеостомия, гастростомия, энтеростомия, нефростомия), призванные улучшить качество жизни онкологических больных при 4-й стадии рака лёгкого (5% случаев); реабилитацию (10% случаев).

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ (НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»)**

### **2.1 Организация деятельности ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в лечении онкологических больных**

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородский онкологический диспансер» является одним из самых больших специализированных лечебно-профилактических учреждений Белгородской области.

В 1956 году во исполнение приказа Министра Здравоохранения СССР № 19 М от 25.01.1956 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению и усилению научных исследований в области онкологии» в Белгородской области приказом Белгородского областного отдела здравоохранения № 90 от 05.04.1956 г. принято решение об организации областного онкологического диспансера на базе городской больницы. В 1960 году для диспансера было выделено крыло при областной поликлинике, а в 1961 году в областной больнице было открыто онкологическое отделение на 70 коек [19].

В 1967 году онкологический диспансер получил статус юридического лица, переехав в новое здание по адресу ул. Куйбышева, дом 1, по которому располагается и сейчас. В структуру учреждения вошли: поликлиника на 284 посещения в смену и 200 коек стационара.

Одним из важных этапов расширения возможностей учреждения, стало открытие в 1995 году нового хирургического корпуса на 220 коек, и общий коечный фонд учреждения составил 370 коек.



Рис. 1. Организационная структура ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» [19]

Прием больных проводится по специальностям: общая онкология, онкогинекология, тарокообдоминальная онкология, онкоурология, челюстно-лицевая и ЛОР онкология, маммология. Здесь выполняются амбулаторные операции, и проводится амбулаторная химиотерапия в дневном стационаре. Ежедневно в поликлинике работает лечебно-консультативная комиссия.

В 2016 году ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» отметил 60 – летний юбилей. Структура диспансера представлена на рисунке 1.

Рентгенорадиологическое отделение диспансера оснащено современным оборудованием, позволяющим выполнять все виды исследований.

На базе диспансера функционирует центральное стерилизационное отделение, которое позволяет, автоматизировано проводить мойку, дезинфекцию и стерилизацию медицинского инструментария и белья.

Клиническая лаборатория имеет в своем арсенале автоматический биохимический анализатор фирмы «Хоффман-ля Рош» для шифровки крови.

В диспансере имеется своя внутрибольничная аптека, обеспечивающая

все отделения медикаментами, химиопрепаратами, гормональными препаратами, стерильными растворами.

Имеется реанимационное отделение на 9 коек. Каждая койка оснащена монитором, где проводится автоматический контроль пульса и артериальное давление. Это позволяет следить за состоянием больного после операции.

На базе химиотерапевтических отделений проводится современная химиотерапия, иммунотерапия и гормонотерапия в полном объеме по Российским мировым стандартам.

В 2002 году вступил в строй первый в Российской Федерации современный гамма-терапевтический аппарат TERA-TRON ELIN – 80 производства Канады. Высокая активность источника позволяет сократить время облучения одного пациента, и соответственно увеличить количество облучаемых больных за одну смену. Радиационная защита аппарата TERA-TRON ELIN – 80 в 2 раза сильнее аппарата «Рокус-ам».

Линейный ускоритель – лечение опухолей проходит более комфортно, облучение за счёт MLC коллиматора. Лечение электронами и фотонами меньше повреждает ткани, нет явных лучевых реакций.

В диспансере имеется информированный отдел, внедряются новые технологии. Создана внутрибольничная компьютерная сеть.

Специалисты диспансера принимают участие в приоритетном национальном проекте «Здоровье»: проводят профилактические осмотры на онкопатологию как в диспансере, так и при выездах в районы

Основные показатели работы круглосуточного стационара ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» за 2018 год (370 коек) представлены в таблице 2.

Таблица 2 [19]

## Основные показатели работы круглосуточного стационара за 2018 год

Отделение	Хирургия 1	Хирургия 2	Торакальное	Гинекология	Урология	Химиотерапия 1	Химиотерапия 2	Радиологическое отд. 2	Радиологическое отд. 3	ВСЕГО
Показатель										
Работа койки	361,0	341,4	350,6	335,3	362,2	341,4	52,8	330,0	327,3	349,6
Оборот койки	25,5	24,5	25,1	41,4	34,0	76,4	9,7	17,3	24,2	35,9
Ср. длит. пребыв. больного на койке	14,1	13,9	14,0	8,1	10,7	4,5	5,5	19,1	13,5	9,7
Пролечено больных	990	937	977	2295	839	4425	542	1383	771	13159
Оперировано больных	901	930	814	787	674	0	0	0	0	4106
Хирург. активность (%)	88,6	95,2	80,3	34,2	79,3	0	0	0	0	87,8
Летальность общая (%)	0,8	0	1	0	0,5	0,3	0,2	0,2	0	0,3
Летальность послеоперационная (%)	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0,1

Лечение онкологической патологии проводится на самом высоком профессиональном уровне. Современное оборудование, полученное в рамках федеральной программы «Онкология» расширяет возможности диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Таблица 3

## Статистика пролеченных больных за 2014-2018гг.

Года	2014	2015	2016	2017	2018
Всего пролечено больных	12412	12989	11089	13458	13159

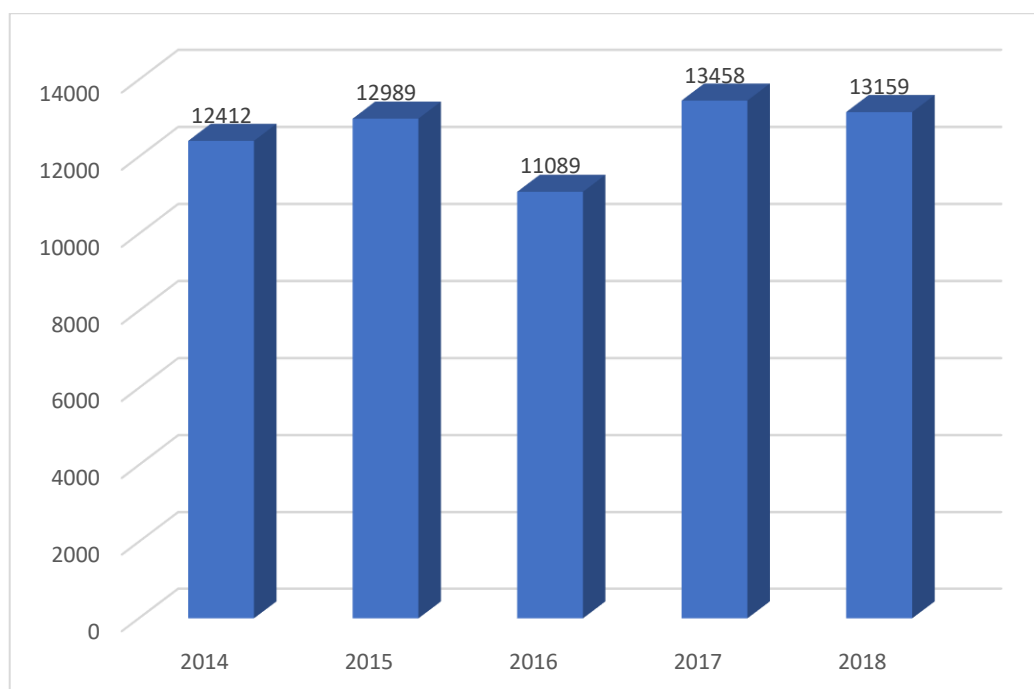


Рис. 2. Динамика пролеченных пациентов за период 2014-2018гг.

Как видно из рисунка 2, в 2017 году в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» прошло лечение наибольшее количество пациентов.

В последние несколько лет проводилось обновление коечного фонда, которое позволяет обеспечить необходимый уровень качества оказания медицинской помощи. В диспансере проводится лечение самой тяжелой категории больных, страдающих злокачественными новообразованиями различной локализации. В популяционном раковом регистре Белгородской области более 100 тыс. больных злокачественными новообразованиями. Ежегодно в диспансере оказывается медицинская помощь более 12 тысячам пациентов.

Динамика пролеченных больных за 2018 год представлено на рисунке 3.



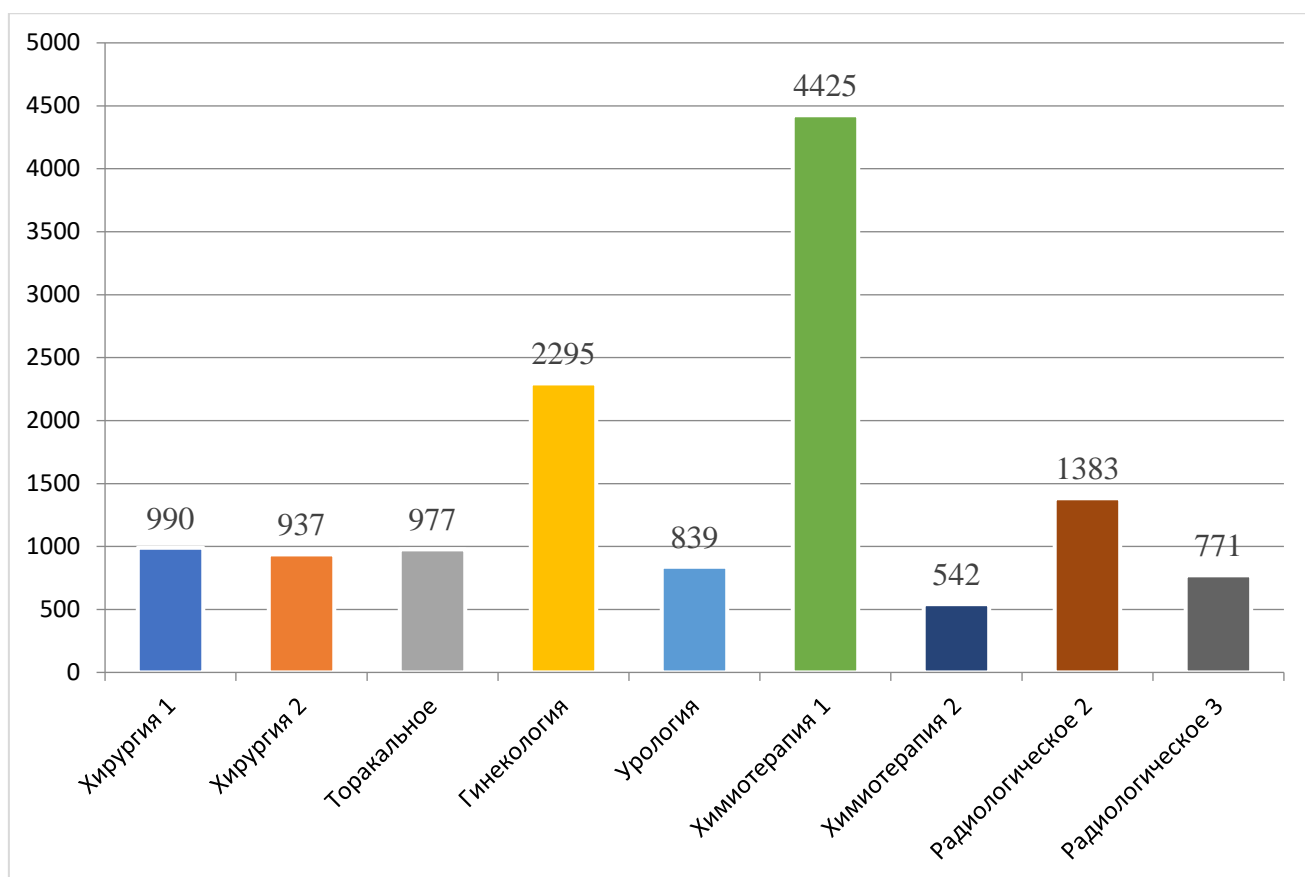


Рис. 3. Динамика пролеченных больных

Диспансер имеет поликлиническое отделение на 70 тысяч посещений в год, где после установления онкологического диагноза определяется объем и последовательность этапов комбинированного или комплексного лечения.

## 2.2 Работа медицинской сестры хирургического отделения №1

С 2016 года заведующим хирургическим отделением №1 является врач высшей категории Шевченко Игорь Викторович. Отделение профилируется на лечении онкологической патологии желудка, толстого кишечника, прямой кишки, забрюшинного пространства.

В отделении освоен и успешно применяется весь спектр хирургических вмешательств при опухолевой патологии желудочно-кишечного тракта, включая различные варианты лимфодиссекций, при раке желудка расширенные и комбинированные операции. Интенсивно применяются реконструктивные и

пластические операции при раке ободочной кишки с использованием сшивающих аппаратов различных модификаций, широко внедряются сфинктеросохраняющие операции. За 2018 год пролечено 1017 больных, выполнено 1000 операций различной степени сложности.

В отделении имеется один медицинский пост, два перевязочных кабинета (чистых и гнойных перевязок), процедурные и манипуляционные кабинеты. Отделение оснащено необходимым медицинским оборудованием и инструментарием.

Работа медицинской сестры онкологического отделения является важным звеном в лечении больных, страдающих опухолевыми заболеваниями. Если врач ежедневно уделяет больному часть рабочего времени (осмотры, беседы, перевязки), то палатная медсестра постоянно контактирует с пациентом и наблюдает за ним в течение всего дежурства.

Для организации успешной работы определенное значение имеет разработка положения об обязанностях медицинской сестры.

Дежурная сестра должна явиться в отделение за 15-20 мин. до начала дежурства, переодеться в рабочую одежду и принять смену. В первую очередь необходимо ознакомиться с тяжелобольными, выяснить диагноз, если больной оперирован, объем хирургического вмешательства, характер осложнения, какие имеются назначения врача.

Свою работу на посту палатная медсестра начинает с приема смены. Заступая на дежурство, она является ответственной за учет и хранение сильнодействующих, наркотических средств и психотропных веществ. Каждую смену дежурная медсестра «принимает сейф», в котором хранится суточный запас наркотических и сильнодействующих лекарственных средств, а также лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету. Ключи от сейфа от начала смены и до ее завершения хранятся лично у дежурной палатной медсестры.

При поступлении больного в отделение медицинская сестра оформляет на него соответствующую документацию, регистрирует историю болезни в

стационарном журнале, журнале движения больных, температурном журнале, журнале передачи смен. Повторно, после приемного отделения, проверяет больного на педикулез, измеряет артериальное давление, делая в истории болезни соответствующую запись. Затем больного сопровождает в палату, показывает ему кровать, тумбочку, знакомит с режимом дня в отделении. В течение дня выполняет врачебные назначения строго в соответствии с листом назначения, в котором ставит отметки о выполнении процедур и свою подпись.

Медицинская сестра следит: за тишиной и порядком в палатах; за соблюдением больными личной гигиены (уход за кожей, полостью рта).

Если в отделении есть тяжелые больные, то дежурная медицинская сестра осуществляет уход за ними, помогает менять нательное и постельное белье по мере его загрязнения. Смена белья проводится очень осторожно, чтобы не травмировать больного. Грязное белье собирается непосредственно у постели больного в резиновый мешок для грязного белья. Если больной, в силу своего тяжелого состояния не может самостоятельно питаться, то задача медсестры покормить больного из ложки, напоить с помощью поильника, помочь принять таблетки. Также провести мероприятия по профилактике пролежней, обработать спину и крестец камфорным спиртом; под локти, лопатки, пятки положить мягкие валики, под крестец – резиновый круг.

Функциональные обязанности медсестры весьма разнообразны. Качество ее работы оценивается баллами по следующим критериям:

- своевременное и качественное выполнение врачебных назначений;
- соблюдение медицинских технологий;
- соблюдение лечебно-охранительного режима;
- соблюдение этики и деонтологии в общении с коллегами и больными;
- отсутствие жалоб;
- соблюдение санэпидрежима;
- организация рабочего места, правильность ведения документации;
- участие в санпросветработе;
- участие в содержании закреплённой территории в надлежащем

состоянии.

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или сывороткой, медсестры осуществляют в резиновых перчатках, а во избежание разбрызгивания крови - в лицевых масках и защитных очках. Разборку, мойку и полоскание инструментов производят после дезинфекции в плотных резиновых перчатках. Моют руки после каждой процедуры дважды в проточной воде с мылом. Перчатки, снятые единой рукой, повторно не используют (использованные замачивают в дезинфицирующем растворе).

По окончании процедуры проводят дезинфекцию шприцев, игл, систем для внутривенных введений, использованных тампонов в дезинфицирующем растворе, так как они являются опасными (класс Б) отходами.

Для проведения обеззараживания шприцев инъекционных однократного применения рекомендуется химический метод:

1. Предварительно готовят дезинфицирующий раствор, который заливают в специальные маркированные емкости с крышками:

«Емкость для обеззараживания игл», «Емкость для обеззараживания шприцев» и «Емкость для обеззараживания систем». В качестве «Емкости для обеззараживания игл» используем иглосъемник при заполнении его раствором дезинфицирующего средства. Иглосъемник – это специальная твердая пластиковая емкость, имеющая крышку с отверстием специальной конфигурации, подходящим для снятия игл со шприцев разного диаметра.

2. После проведения инъекции (манипуляции), не накрывая иглу колпачком, производят раздельное обеззараживание используемых игл и шприцев. Набирают в шприц, при помощи поршня дезинфицирующий раствор из «Емкости для обеззараживания шприцев». Затем отсоединяют иглу от шприца с помощью иглосъемника.

3. После отсоединения иглы корпус шприца с поршнем помещают в «Емкость для обеззараживания шприцев», и выдерживают необходимое время для экспозиции согласно инструкции по применению используемого дезинфицирующего средства. Затем из корпуса шприца выпускают

дезинфицирующий раствор при помощи поршня, после чего обеззараженные шприцы укладывают в пакет или контейнер однократного применения с цветной маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов Б. Емкость (пакет или контейнер) после заполнения на  $\frac{3}{4}$  объема упаковывают и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов.

При заполнении иглами иглосъемника на  $\frac{3}{4}$  объема и соблюдении необходимого времени экспозиции дезинфекции раствор аккуратно сливают, емкость закрывают крышкой и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов.

Осуществляется сбор отходов строго по классам опасности:

Класс А: неопасные отходы ЛПУ (белые пакеты).

Отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями, нетоксичные отходы.

Класс Б: опасные отходы (желтые пакеты или твердые не прокалываемые емкости).

Потенциально инфицированные отходы. Материалы и инструменты, загрязнённые выделениями, в т. ч. кровью. Выделения пациентов.

Класс Г: отходы, по составу близкие к промышленным.

Отходы от лекарственных и диагностических препаратов, дезсредства, не подлежащие использованию. Цитостатики и другие химиопрепараты. Ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование.

В стационар обычно госпитализируют больных, требующих специальной подготовки к проведению операции, ухода и лечения до и после хирургического вмешательства.

При рентгене желудка диагностируется заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки (противопоказания - язвенные кровотечения). Особой подготовки эта процедура не требует, но если присутствует вздутие кишечника, то вечером и утром можно поставить очистительную клизму. Далее сопроводить больного с направлением и историей в рентген-кабинет в назначенное время.

При ирригоскопии (рентгенологическое исследование толстой кишки) диагностируется заболевание толстого кишечника. Необходимо больному объяснить ход и необходимость исследования, обучить подготовке.

Фиброгастроскопия (эндоскопическое исследование желудка, пищевода, двенадцатиперстной кишки) позволяет определить патологию этих органов. Необходимо объяснить больному, что накануне и утром нужно исключить приём пищи, воды, лекарственных препаратов, не чистить зубы. Сопроводить в эндоскопический кабинет с направлением и историей болезни, с полотенцем в назначенное время.

При колоноскопии (эндоскопическое исследование толстой кишки) визуально исследуются участки толстого кишечника. Нужно обучить пациента подготовке к исследованию: за 3 дня до исследования диета №4; в течение двух дней до исследования назначаются слабительные средства; вечером, накануне исследования и утром натощак сделать очистительную клизму за 4 часа и за 2 часа до исследования, потом провести премедикацию за 20-30 минут до исследования. Сопроводить больного с направлением и историей болезни в назначенное время.

УЗИ органов брюшной полости и почек. Необходимо обучить пациента подготовке к процедуре: исключить из рациона питания за 3 дня до исследования газообразующие продукты (овощи, фрукты, хлеб, молочные и дрожжевые продукты, соки - диета №4), не принимать таблетированные слабительные; вечером, накануне исследования, поставить очистительную клизму; исключить приём пищи за 18-часов до исследования. Сопроводить больного натощак в УЗИ-кабинет с полотенцем и историей болезни.

При УЗИ органов малого таза объяснить пациенту, что надо наполнить мочевого пузыря путём естественного приёма жидкости (1-1,5 литра за 2-3 часа до исследования).

При всех проводимых процедурах медсестры соблюдают меры предосторожности, особенно при возможном контакте с биологическими жидкостями. Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук

кровью или другими биологическими субстратами, проводят в резиновых перчатках, а во избежание разбрызгивания крови - в лицевых масках и защитных очках.

Перевязочные медсестры в стационаре выполняют назначенные лечащим врачом манипуляции, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом. Сопровождают тяжелобольных после проведенных манипуляций в палату. Подготавливают к стерилизации инструментарий, шприцы, капельницы. Осуществляют систематический санитарно-гигиенический контроль за помещением перевязочной. Обеспечивает систематическое пополнение, учет, хранение и расходование медикаментов, перевязочного материала, инструментария и белья. Инструктируют младший медицинский персонал перевязочной и контролирует его работу. Ведут медицинскую документацию. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Процедурные медсестры выполняют назначенные лечащим врачом процедуры, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом. Помогает при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач. Производит взятие крови из вены для исследования и отправляет ее в лабораторию. Обеспечивает учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах. Обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики в процедурном кабинете при проведении процедур. Стерилизует инструментарий и материал и т.д.

Все остальные опрошенные - 15 человек – это палатные медсестры. Они осуществляют уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии. Принимают и размещают в палате больных, проверяют качество санитарной обработки вновь поступивших больных. Проверяют передачи больным с целью недопущения приема

противопоказанной пищи и напитков. Участвуют в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывают о состоянии больных, фиксирует в журнале назначенное лечение и уход за больными, следят за выполнением больными назначений лечащего врача. Осуществляют санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных. Выполняет назначения лечащего врача. Организуют обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие - заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного. Изолируют больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий. Подготавливает трупы умерших для направления их в патологоанатомическое отделение. Принимая дежурство, осматривают закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов.

Великой ценностью для каждого человека является его здоровье. Сохранение и укрепление этого богатства люди всегда доверяли тем, кто способен оправдать их надежды. Врач и медицинская сестра – эти две профессии неразделимые в своем единстве. С первого мгновения и до последнего вздоха человека сопровождают медицинские работники. От их профессионализма, который складывается из личностных качеств и умений, зависит результат деятельности. Общими чертами для этих двух профессий являются гуманизм, любовь к людям, сострадание. Именно эти качества не позволяют медицинским работникам угаснуть «светя другим».

### **2.3 Исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе за онкологическими больными**

Уход за больными со злокачественными опухолями имеет свои



особенности. В общении с ними необходимо стремиться к поддержанию оптимистического настроения, чтобы больной не подчинялся страху. Ведь даже при тяжелых формах заболевания хороший уход облегчает страдания. Также больные подолгу соблюдают постельный режим, поэтому особое значение имеет предупреждение пролежней. Палаты, где находятся пациенты, должны быть светлыми и хорошо проветриваемыми, влажная уборка проводилась не реже двух раз в день, а генеральная – один раз в неделю.

Для изучения профессиональной деятельности медицинской сестры при онкологических заболеваниях нами было проведено исследование на базе хирургического отделения №1 ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер». Исследование проводилось среди 15 врачей и 20 медицинских сестер, анкеты представлены в приложении 1,2.

Для выявления роли медицинской сестры в уходе за пациентами мы провели по ней опрос среди врачей и получили следующие результаты (Рис. 4).



Рис. 4. Распределение респондентов по отношению к медицинской сестре, как первому помощнику врача

На вопрос «Медицинская сестра - это первый помощник врача?» 80% (12 чел.) анкетированных ответили утвердительно, 20% (3 чел.) воздержались от ответа.

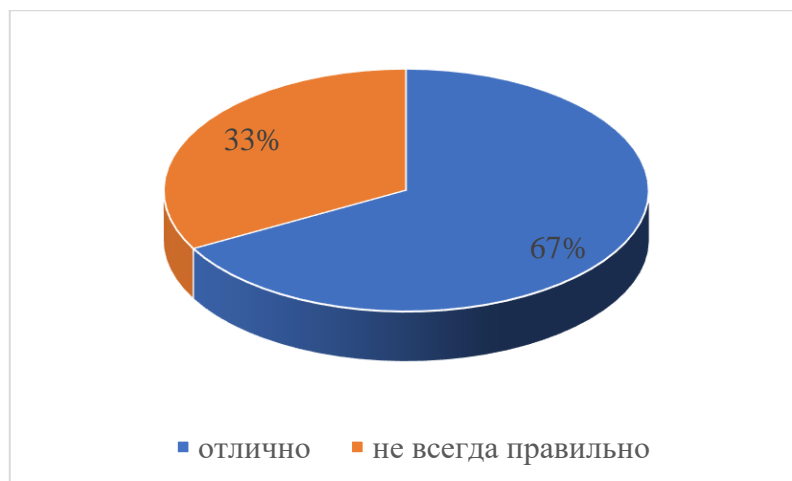


Рис. 5 Выполнение врачебных назначений

Второй вопрос «Как медицинская сестра выполняет врачебные назначения?» 67% (10 чел.) врачей ответили, на высшем уровне, 33% (5 чел.) врачей ответили, что не всегда правильно (Рис.5).

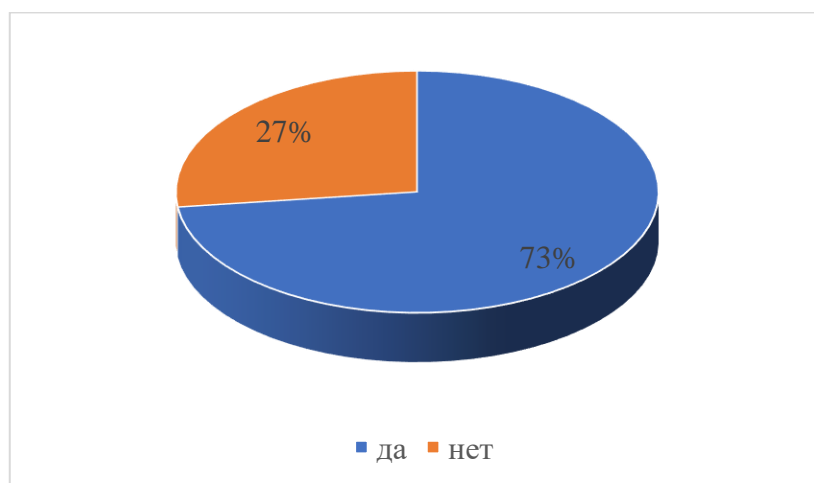


Рис. 6. Конфликты между врачами и медицинскими сестрами

На вопрос, возникают ли между врачами и медицинской сестрой возникают конфликтные ситуации 27% врачей (4 чел.) ответили утвердительно. 73% (11 чел.) врачей сослались на усталость от рабочего процесса, но также сказали, что регулярные ссоры есть в профессиональной практике (Рис. 6).

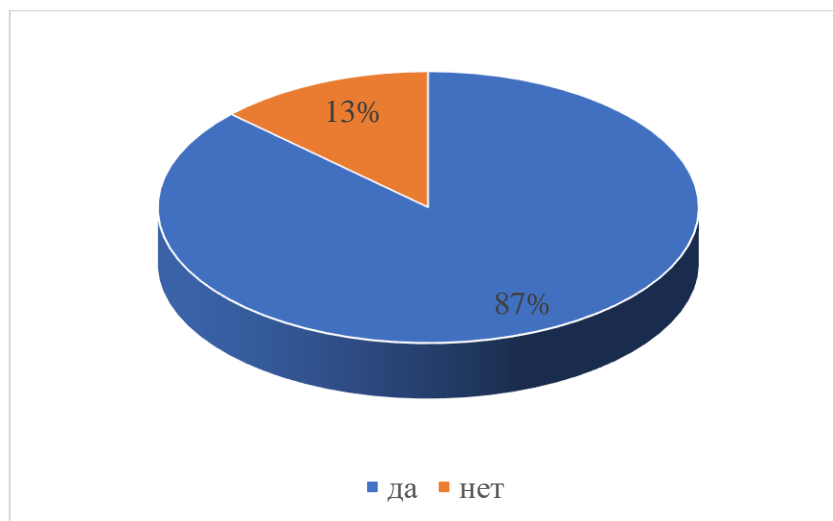


Рис. 7. Внимание к пациентам медицинской сестрой

На вопрос, уделяет ли медицинская сестра достаточное внимание пациентам, 87% (13) врачей ответили утвердительно, 13% (2) отрицательно (Рис. 7.)

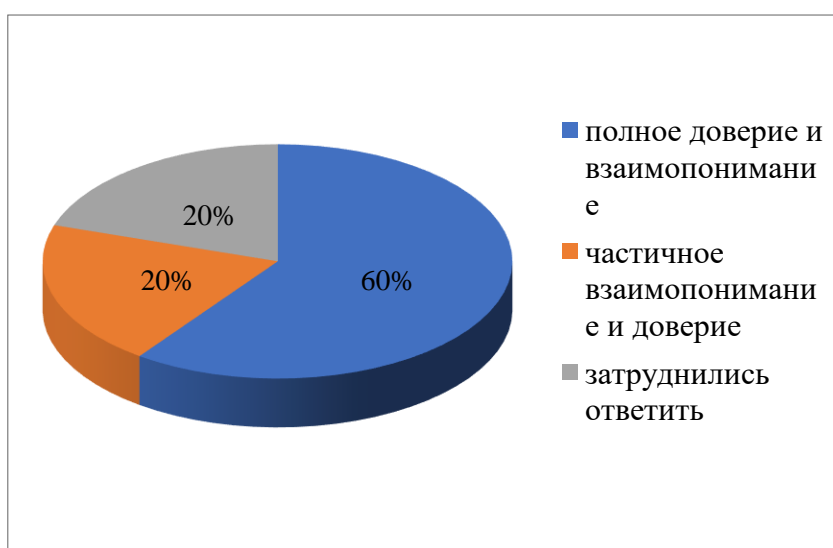


Рис. 8. Как вы оцениваете взаимоотношения между медицинской сестрой и пациентом?

На вопрос анкеты «Как вы оцениваете взаимоотношения между медицинской сестрой и пациентом?» 60% (11 чел.) анкетированных отметили полное доверие и взаимопонимание, 20% (2 чел.) сказали, что видят в процессе работы лишь частичное взаимопонимание и доверие, 20% (2 чел.) затруднились ответить на вопрос (Рис. 8).

Для хорошего ухода нужны не только знания и навыки медицинской сестры, но и чуткость, такт, способность психологического воздействия, чтобы преодолеть повышенную раздражительность больного, владеющее им чувство тревоги, иногда даже безысходности, отвлечь от чрезмерного внимания к своей болезни.

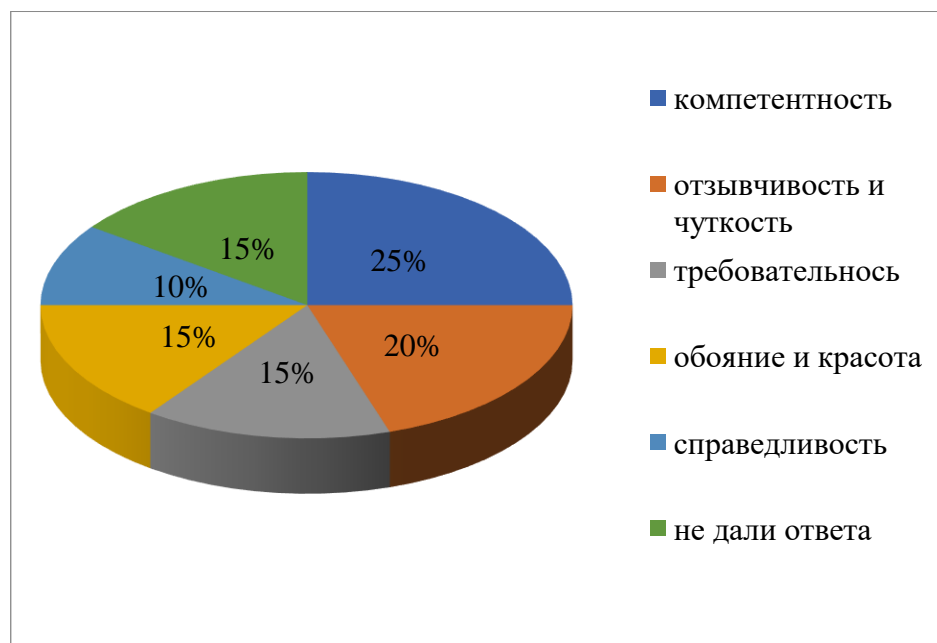


Рис. 9. Какими чертами должна обладать медицинская сестра?

Среди качеств, которыми должна обладать медицинская сестра наибольшие комментарии получили компетентность отметили 25% (3 чел.) опрошенных, по 20% - отзывчивость и чуткость (по 2 чел.), требовательность, обаяние красота и справедливость получили меньший ответ и составили 15% (1 чел.), 10% (1 чел.), и по 5% - эти опрашиваемые конкретно не приняли решения в выборе ответа. (Рис.9).

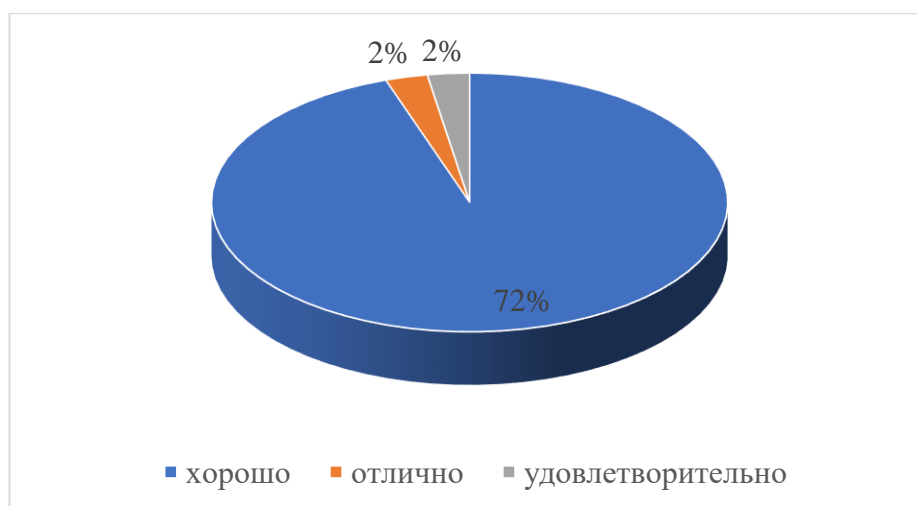


Рис. 10. Оценка качества работы медицинских сестер

На последний вопрос анкеты «Как вы оцениваете работу медицинской сестры в вашем отделении?» 72% (11) врачей ответили «хорошо», 14% (2) врача – «отлично» и 14% (2) поставили удовлетворительно (Рис. 10).

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- 80% врачей считают, что медицинская сестра - это первый помощник врача;
- 67% врачей отметили, что медицинская сестра выполняет врачебные назначения на «отлично», однако 33% считают - не всегда правильно;
- между врачами и медицинскими сестрами возникают конфликтные ситуации, так считают 73% врачей;
- медицинская сестра достаточное внимание уделяет пациентам, так считает 87% анкетированных;
- между медицинской сестрой и пациентом 60% анкетированных отметили полное доверие и взаимопонимание;
- среди качеств, которыми должна обладать медицинская сестра компетентность отметили 25% опрошенных, по 20% - отзывчивость и чуткость;
- 72% врачей отметили работу медицинских сестер в отделении, как

«хорошо».

Нами также было проведено исследование профессиональной деятельности медицинской сестры отделения посредством опроса (Приложение 2).

В анкетировании приняли участие 20 медсестер (перевязочные сестры – 2 чел., процедурные – 3 чел., палатные – 15 чел.), возраст от 29 до 60 лет, стаж работы от 15 до 25 лет. Семейное положение – все замужем.

Выяснилось, что работа медицинских сестер важна на всех этапах предоперационного периода. Медицинские сестры работают без нарушения нормативно-правовой документации.

Рассмотрим категорию исследуемой группы медицинских сестер.

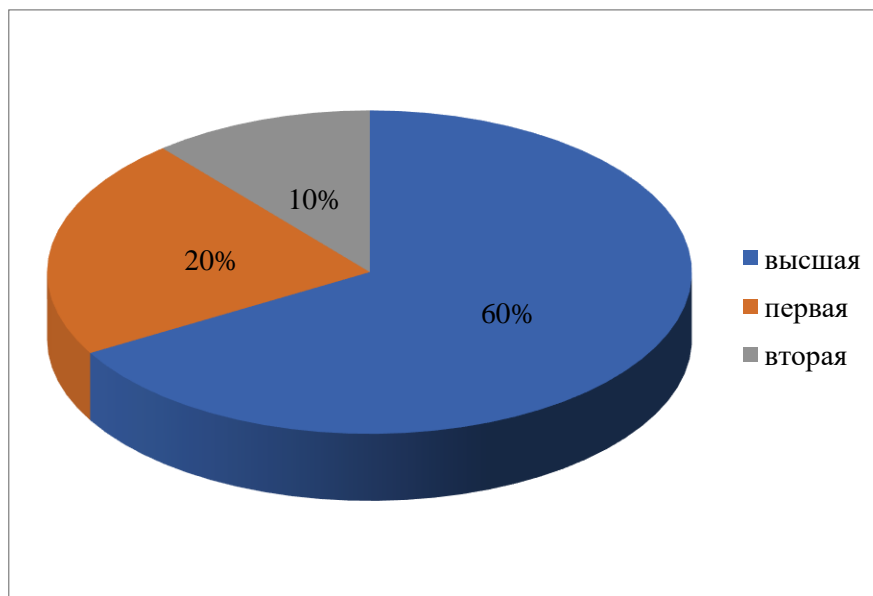


Рис. 11. Категория исследуемых медсестер

Из анкеты мы узнали, что 60% респондентов имеют высшую квалификационную категорию, 30% первую и 10% -вторую.

В течение рабочего дня медицинской сестре приходится выполнять множество различных манипуляций. Из анкеты мы выяснили, какие манипуляции занимают больше времени.

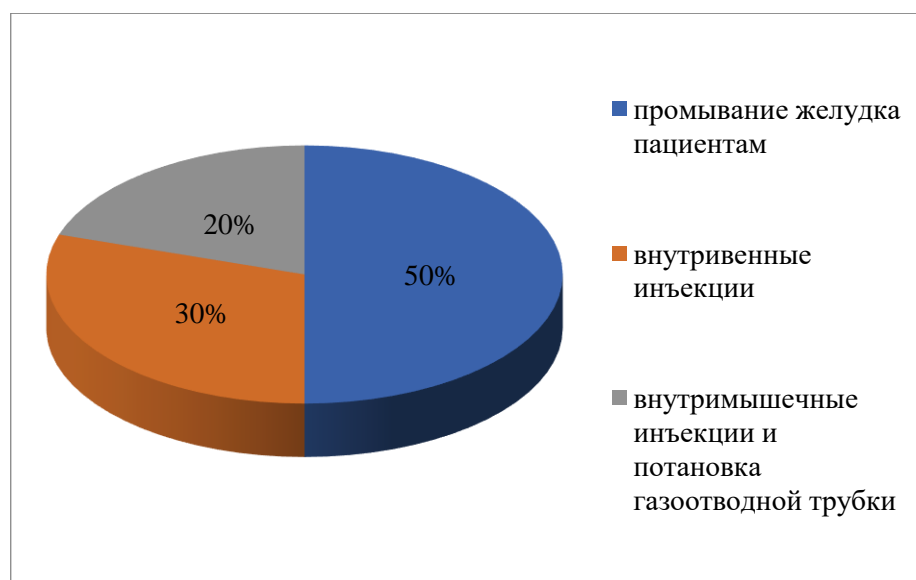


Рис. 12. Манипуляции, производимые медсестрами

Как видим из рисунка 12, 50% (10 человек) анкетированных считают, что много времени тратят на промывание желудка пациентов, 30% (6 чел.) – на внутривенные инъекции, и 20 % (4 медсестры) – на внутримышечные инъекции и постановку газоотводной трубки соответственно.

На вопрос «Отметьте, на какие мероприятия, по-вашему, вы тратите не достаточно времени» мы получили следующие ответы:

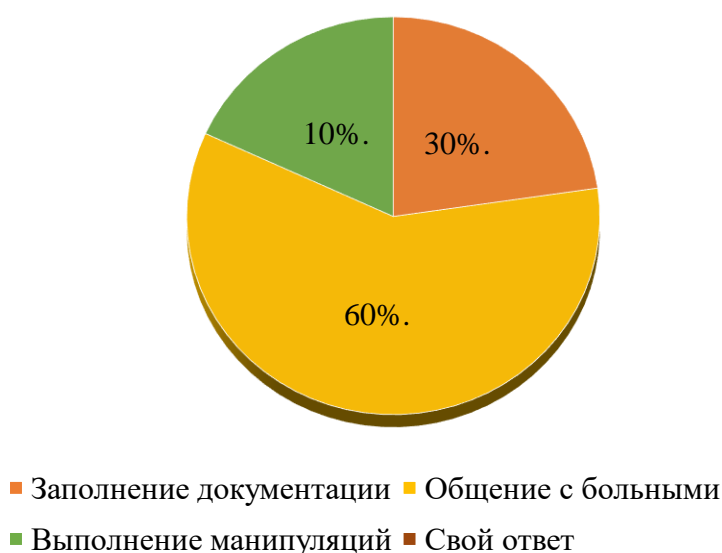


Рис. 13. Рабочие мероприятия, на которые не хватает времени

Из анкеты, мы видим, что 60% опрошенных (12 чел.) считают, что мало

времени тратят на общение с пациентами, 30% медсестер (6 чел.) ответили, что не хватает времени на заполнение документации, 10% (2 чел.) пояснили, что не успевают делать необходимые манипуляции (Рис.13).

Таким образом, медицинская сестра в онкологической больнице играет сразу 4 большие роли: специалист-практик, документовед, консультант, исследователь.

Следующий вопрос «Отметьте, на какие мероприятия по-вашему вы тратите излишнее время» получил такие варианты ответов.

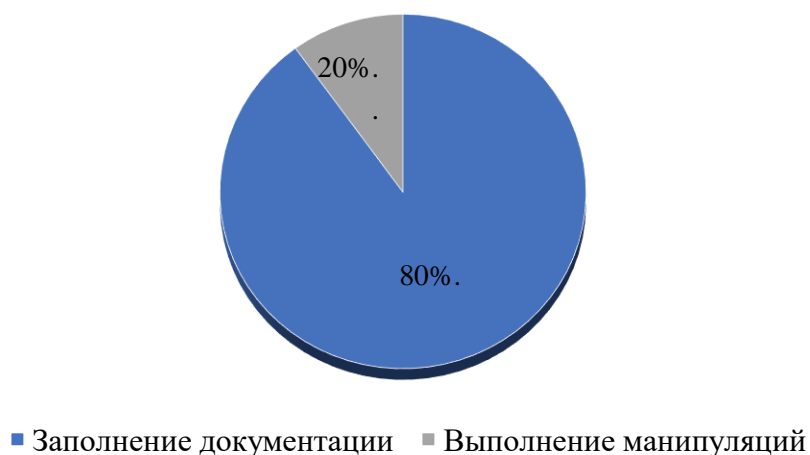


Рис. 14. Рабочие манипуляции, на которые тратиться больше времени

Из результатов опроса становится понятно, что 80% опрошенных считают, что заполнение документации отнимает у них много рабочего времени, выполнение профессиональных манипуляций стало затратным по времени для 20% опрошенных (4 чел.). Можно предположить, сколь ответственна и трудоемка работа медицинских сестер в отделении, где проходят лечение и реабилитацию онкологические больные. Сложности обслуживания онкологических больных определяются целым рядом факторов, травмирующих психику самого персонала.

На вопрос «Ваша рабочая нагрузка» мы получили следующие ответы.





Рис. 15. Как вы оцениваете рабочую нагрузку

Анкетирование показало, что 70% опрошенных (16 чел.) ответили, что нагрузка адекватная, 30% (4 медсестры) отметили, что иногда рабочая нагрузка бывает чрезмерной (Рис. 15).

Специфика работы медицинских сестер осложняется тем, что персонал не может дистанцироваться от пациентов и участвует в лечении каждого пациента.

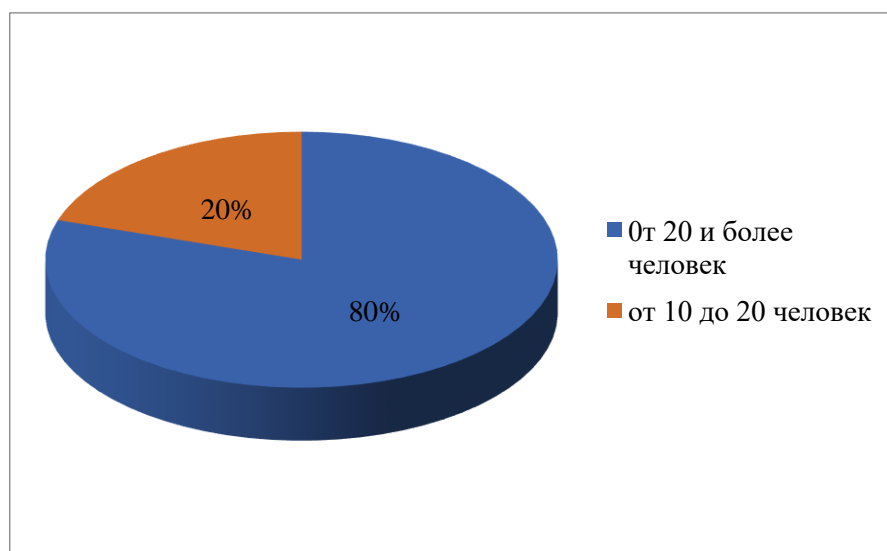


Рис. 16. Количество пациентов за рабочую смену

Анкетирование показало, 80% медицинских сестер (16 чел.) обслуживают в рабочую смену от 20 и более человек, 20% (4 медсестры) успевают обслужить от 10 до 20 пациентов.

Средний медицинский персонал должен постоянно посещает внутрибольничные конференции, тем самым повышать свою квалификацию.

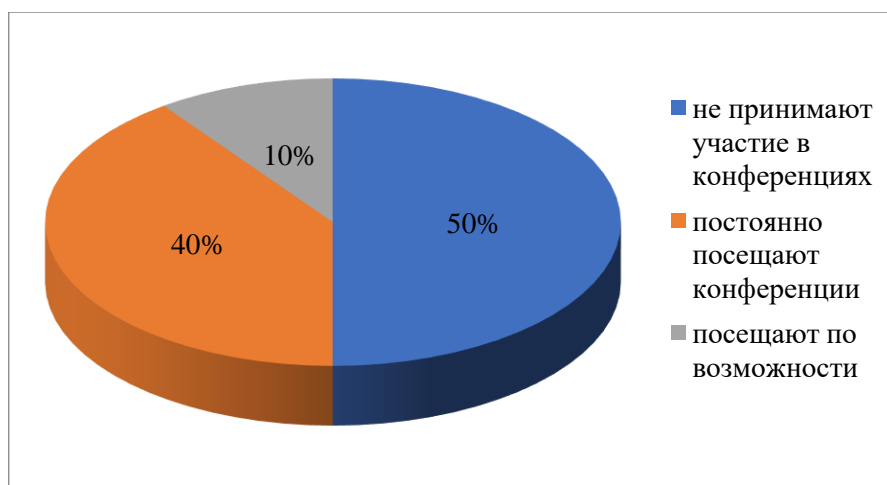


Рис. 17. Участие в конференциях

Из опроса видно, что 50% респондентов (10 чел.) не принимают участие в конференциях, большая часть пояснила, что происходит это ввиду занятости на рабочем месте. 40% анкетированных (8 чел.) ответили, что постоянно посещают подобные мероприятия, а 10% (1 чел.) - посещают по возможности (Рис.17).

Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным.

Медсестра - одно из основных лиц, создающих уют и положительный психотерапевтический фон лечебного учреждения. Поведение медицинской сестры должно доказывать больному, что для него в больнице делается все необходимое, подтвердить это фактами и добиться у больного доверия и симпатии. Помимо рабочего процесса, у медицинских работников должно оставаться личное время.

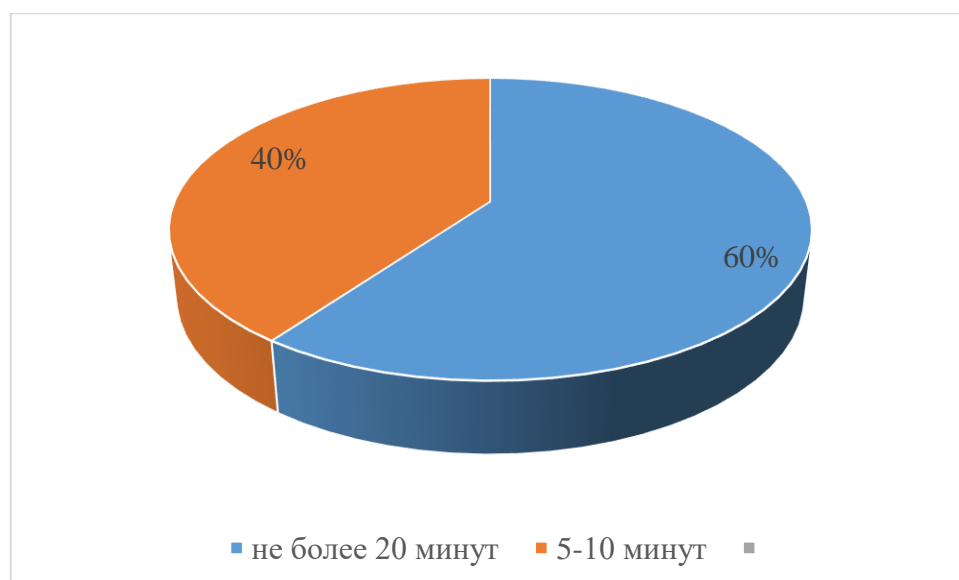


Рис. 18. Личное время медицинских сестер

Опрос показал, что 60% анкетированных (12 чел.) ответили, что у них свободного времени не более 20 минут в день, 40% (8 чел.) сообщили, что у них всего 5-10 минут на личное время (Рис.18).

Благодаря опыту и стажу работы врачей и медицинских сестер атмосфера в отделении всегда доброжелательная, что способствует общему пониманию друг друга и пациентов.

Мы попросили медицинских сестер оценить эффективность своей работы.



Рис. 19. Эффективность работы в онкологическом отделении

Из рисунка 19 видим, что 80% медсестер (16 чел.) ответили, что эффективность работы в онкологическом отделении на их взгляд, удовлетворительная. 20% (4 чел.) отметили, что высокая.

Улучшение эффективности работы лечебного учреждения во многом зависит от профессионализма и личных качеств сестринского персонала. Новые технологии в здравоохранении, новые методы диагностики и лечения, возросшие требования к качеству сестринского ухода - все это вызывает необходимость совершенствовать свои знания и умения, по-новому понимать роль медицинской сестры в практическом здравоохранении.

Работа медицинской сестры в онкологическом отделении требует соответствующих знаний, умений, навыков. На вопрос, приходится ли совмещать должностные обязанности, 60% ответили да, регулярно, 30% - иногда и 10% - нет (рис. 20).

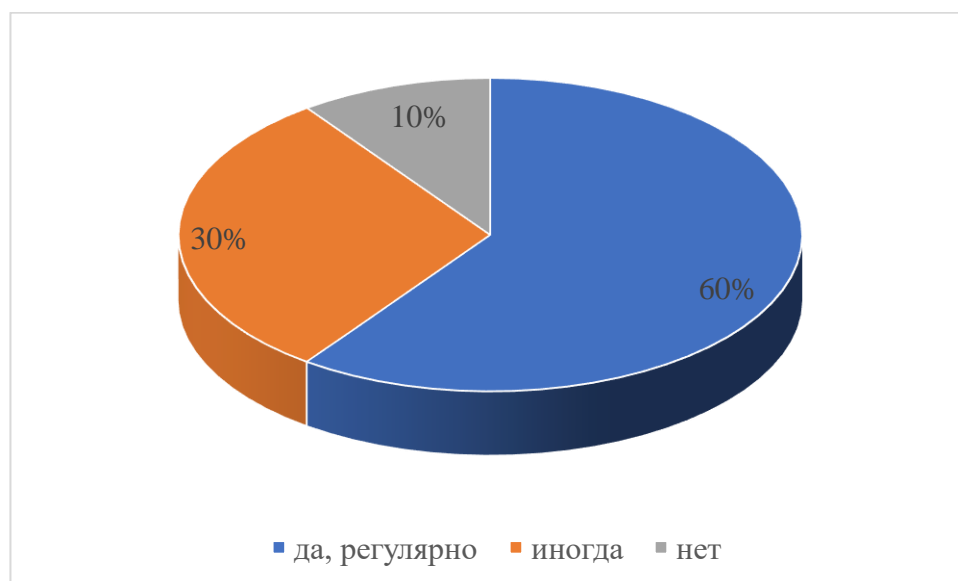


Рис. 20. Совмещение должностных обязанностей

На вопрос, какие ваши предложение по улучшению качества работы, анкетированные ответили, что необходимо своевременное оснащение (обеспечение) расходными материалами.

Из пожеланий улучшения условий труда почти все опрошенные ответили, что необходимо увеличить количество расходного материала на

рабочую смену, увеличить заработную плату, иметь больше свободного времени.

Проанализировав результаты опроса, мы выяснили, что:

- много времени тратят на промывание желудка пациентов;
- мало времени тратят на общение с пациентами;
- заполнение документации отнимает много рабочего времени медицинской сестры;
- большая часть медицинских сестер обслуживают в рабочую смену от 20 и более пациентов;
- большая часть анкетированных не принимают участие в конференциях ввиду занятости по работе.
- эффективность работы в онкологическом отделении на взгляд медицинских сестер, удовлетворительная.

Таким образом, залогом успешной работы медицинской сестры является беззаветная любовь к своей трудной профессии. Дисциплинированность, точность выполнения врачебных назначений, постоянное стремление к совершенствованию практических навыков, к повышению знаний, общей культуры должны быть основными качествами медицинской сестры. Необходимо помнить, что разграничивать понятия «лечение» и «уход» нельзя, так как они тесно связаны между собой, дополняют друг друга и преследуют одну общую цель - выздоровление больного. Стремительный ритм жизни современного общества не оставляет возможности задуматься о вечном: милосердии, сострадании, самоотверженности. Но медицинским работникам ничто не дает право терять эти качеств, и пусть однажды дав клятву со студенческой скамьи, с достоинством пронесут ее через всю свою трудовую жизнь.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Рост онкологических заболеваний в последнее время приобретает в мире характер общепланетной эпидемии и самое парадоксальное при этом заключается в том, что несмотря на все усилия, предпринимаемые сегодня мировым сообществом по поиску эффективных способов лечения и профилактики онкологических заболеваний, тем не менее, до сих пор академическая наука не может сформулировать единого и чёткого теоретического обоснования причин возникновения и развития злокачественных новообразований, а традиционная медицина до сих пор не может найти эффективные методы их лечения и профилактики.

По данным Министерства здравоохранения РФ, более 40% среди впервые регистрируемых в России онкологических больных выявляются в III-IV стадиях заболевания. В программе «Здравоохранение-2020» уже сформулирована переориентация на первичную медико-санитарную помощь, предполагающая раннюю диагностику и профилактику заболеваний. В этом контексте медицинские сестры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, в санитарном просвещении, в организации образовательных программ, в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретического знания профилактики к ее практическому применению.

Медицинская сестра в своей повседневной деятельности должна руководствоваться нормами этики и права и постоянно обновлять свои знания.

Онкологические пациенты по-разному относятся даже к самой возможности услышать диагноз онколога, к обследованию, подтверждающему или исключаящему онкологический диагноз. Почти у всех пациентов развивается депрессивное состояние той или иной степени выраженности.

Медицинская сестра обязана помочь пациенту не концентрироваться на заболевании, помочь сберечь физические и моральные силы для преодоления болезни.

Для решения поставленной цели и задач дипломной работы были проведены исследования, которые включают в себя:

1. Теоретический анализ по проблеме онкологических заболеваний;
2. Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры по проблеме онкологических заболеваний и принципов этики и деонтологии;
3. Анкетирование врачей и медицинских сестер с целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры при онкологических заболеваниях на базе хирургического отделения №1 ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», на основании которого разработать предложения по улучшению качества работы среднего медицинского персонала.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- онкологические заболевания являются актуальной проблемой в настоящее время, так как занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний;
- наиболее распространенными являются рак лёгкого, желудка, молочной железы;
- врачи считают, что медицинская сестра - это первый помощник врача, однако между ними часто возникают конфликтные ситуации;
- среди качеств, которыми должна обладать медицинская сестра компетентность, отзывчивость и чуткость;
- медицинские сестры мало времени тратят на общение с пациентами, однако заполнение документации отнимает у них много рабочего времени,
- сложность работы медицинской сестры состоит и в количестве обслуживаемых пациентов за рабочую смену от 20 и более человек;

— большая часть медицинских сестер не принимают участие в конференциях ввиду занятости на рабочем месте.

Для того чтобы профессиональная деятельность медицинских сестер была более эффективной, нами предложены следующие **рекомендации**:

1. Необходимо увеличить количество личного времени для медицинских сестер в течение трудового дня;
2. Целесообразно в отделении иметь комнату отдыха для медицинского персонала. Оснастить ее телевизором, чайником, удобными креслами и диванами для получасового отдыха в обеденный перерыв.
3. Активировать методы работы с психологом, т.к. рабочая обстановка в онкологическом отделении крайне тяжелая и медицинским сестрам бывает нужна психологическая помощь.
4. Отдел кадров должен следить за графиком отпусков и, оговаривая даты с каждым из сотрудников, четко следить за их выполнением. Чтобы ежегодный отпуск был своевременным для каждой медицинской сестры.

Таким образом, психологическое благополучие больного и адекватные стратегии преодоления им кризисной жизненной ситуации существенно увеличивают продолжительность и улучшают качество их жизни. И в этом пациентам помогает медицинская сестра.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни органов пищеварения [Текст] – Гл. ред. Акад. РАМН, проф. В.Т. Ивашкин. М.: Вече, 2017.- 320 с.
2. Ганцев, Ш.Х. Онкология / Ш.Х. Ганцев [Текст]. – М.: МИА, 2016. – 516 с.
3. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б., Онкология: модульный практикум [Текст]. Учебное пособие / 2015. - 320 с.
4. Давыдов, М.И. Онкология[Текст]: Учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с.
5. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2014 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель[Текст]. - М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. - 226 с.
6. Двойников С.И. Основы сестринского дела [Текст]: учебник. - М.: Кронос, 2017. – 298 с.
7. Каприн А.Д., Состояние онкологической помощи населению России / В.В. Старинский, Г.В. Петрова. - М.: Минздрава России, 2013. – 416 с.
8. Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст]. / Под ред. Л Вельшер. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 309 с.
9. Клинические перспективы онкологии. - М.: Вести, 2017. – 366 с.
10. Краткое руководство по онкологии [Текст]// Под ред. В. Т.Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта - М-Вести, 2016. – 463 с.
11. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению [Текст]// Юрьев В.К. Часть I. Общественное здоровье – М: Медицина, 2017. – 368 с.
12. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]. Учебник для вузов. Лисицын Ю.П. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2016.- 520 с.
13. Онкология - научно-практический журнал // Под ред. Захарченко М.П. - 2018. - №1. – С. 64-69.
14. Петерсон, С.Б. Онкология / С.Б. Петерсон. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 288 с.
15. Предраковые состояния органов пищеварения. Формирование групп

повышенного риска. Минск: Техно- принт, 2016.- 244 с.

16. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.- М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. - 236 с.

17. Федеральная служба государственной статистики [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>

18. Черенков, В.Г. Клиническая онкология / В.Г. Черенков. - М.: Медицинская книга, 2016. - 432 с.

19. <http://www.onkodisp-bel.belzdrav.ru>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Анкета для врачей**

1. Медицинская сестра - это первый помощник врача?  
А) да  
Б) нет
2. Как медицинская сестра выполняет врачебные назначения?  
А) отлично  
Б) хорошо  
В) удовлетворительно  
Г) не всегда правильно
3. Между вами и медицинской сестрой возникают конфликтные ситуации  
А) постоянно  
Б) довольно часто  
В) иногда  
Г) довольно редко
4. На ваш взгляд медицинская сестра уделяет достаточное внимание пациентам  
А) да  
Б) нет
5. Как вы оцениваете взаимоотношения между медицинской сестрой и пациентом  
А) полное доверие и взаимопонимание  
Б) частичное доверие и понимание  
В) отсутствие всякого доверия и понимания  
Г) затрудняюсь ответить
6. Какими чертами на ваш взгляд должна обладать медицинская сестра  
А) требовательность  
Б) ответственность  
В) строгость  
Г) чуткость  
Д) компетентность  
Е) справедливость  
Ж) отзывчивость  
З) обаяние  
И) красота  
К) другое напишите
7. Как вы оцениваете работу медицинской сестры в вашем отделении?  
А) отлично  
Б) хорошо  
В) удовлетворительно

Спасибо!

**Анкета для медицинских сестер**

- 1.Пол
- 2.Возраст
- 3.Семейное положение
- 4.Стаж работы общий
- 5 .Стаж работы в отделении
- 6.Ваша квалификация
- 7.Отметьте, какие манипуляции занимают у вас наибольшее время  
внутривенные  
внутримышечные  
постановление газоотводки  
промывание желудка
8. Отметьте, на какие мероприятия по-вашему вы тратите недостаточно времени  
заполнение документации  
общение с больными  
выполнение манипуляций  
другое вписать свой вариант ответа
9. Отметьте, на какие мероприятия по-вашему вы тратите излишнее время  
заполнение документации  
общение с больными  
выполнение манипуляции  
другое вписать свой вариант ответа
- 10.Как вы считаете ваша нагрузка на работе  
недостаточная  
чрезмерная  
адекватная  
затрудняюсь ответить
11. Если вы считаете вашу нагрузку неадекватной, то с чем это связано  
неправильное распределение рабочего времени  
недостаток кадров  
выполнение несвойственной вашей должности обязанностей  
недостаточно техническая оснащенность вашей деятельности  
другое вписать
12. Каково среднее количество пациентов, обслуживаемых вами во время рабочей смены  
до- 10 человек  
10- 20 человек  
20 -30 человек  
более 30 человек

13. Участвуете ли вы в сестринских конференциях  
да, регулярно  
нет, нерегулярно  
нет

14. Сколько составляет ваше личное время  
менее 10 минут  
10- 20 минут  
20 -30 минут  
более 30 минут  
нет личного времени

15. Как вы считаете эффективность вашей работы  
низкая  
удовлетворительная  
высокая  
чрезмерная

16. Приходится ли вам выполнять обязанности несвойственные вашей должности  
нет  
да, редко  
да, регулярно

17. Ваши предложение по улучшению качества работы

18. Ваши пожелания

Спасибо!